

Д. А. Оспанова, Д. К. Секербаева

Казахский медицинский университет непрерывного образования
г. Алматы, Казахстан

ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ПЕРВИЧНОЙ МЕДИКО-САНИТАРНОЙ ПОМОЩИ В РК НА СОВРЕМЕННОМ ЭТАПЕ (контент-анализ нормативно-правовой базы)

АННОТАЦИЯ

В статье представлен контент-анализ нормативно-правовых актов по вопросам развития мотивации труда специалистов ПМСП. Совершенствование амбулаторно-поликлинической помощи по вопросам стимулирования специалистов первичного звена позволит повысить престиж медицинских работников и соответственно удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг.

Ключевые слова: первичная медико-санитарная помощь, нормативно-правовая база, мотивация труда.

Первичная медико-санитарная помощь (ПМСП) (по определению ВОЗ) – удовлетворение потребностей населения (каждого лица, семьи и общины) путем предоставления медицинских услуг при первом контакте с системой здравоохранения, комплексное обслуживание, приближенное к месту жительства и работе.

В Республике Казахстан оказание ПМСП населению происходит через амбулаторно-поликлинические организации специалистами первичного звена [1]. Первичная служба здравоохранения: ВОП, участковый терапевт и педиатр, средний медицинский персонал и другие специалисты оказывают медицинскую помощь до 90 % обращающихся за ней (при том, что на финансирование ее тратится 10 % финансовых средств, выделенных здравоохранению) [2].

В настоящее время проводимая реформа здравоохранения в Казахстане, направленная на повышение качества и эффективности медицинской помощи, основана на приоритетных проблемах охраны здоровья населения. Разработанная в республике Концепция оплаты труда в отрасли здравоохранения главным образом ориентирована на формирование коллективной и личной экономической ответственности за качество работы [3, 4].

Действовавшая система централизованного регулирования оплаты труда медицинского персо-

нала, финансирования системы здравоохранения по «остаточному принципу» привели к серьезному ухудшению здоровья населения страны [5, 6].

Целями реформирования здравоохранения на современном этапе являются: изменение положения медицинских работников, улучшение уровня заработной платы, повышение престижа профессии, применение новых механизмов финансирования с усилением самостоятельности медицинских организаций [3, 7]. Большинство медиков вынуждены работать по совместительству, что отрицательно сказывается на качестве обслуживания больных. Также ситуация характеризуется определенным отставанием ПМСП в вопросах профессиональной подготовки врачей и среднего медицинского персонала и неуккомплектованности медицинскими кадрами амбулаторно-поликлинического сектора.

Основными причинами утечки кадров в здравоохранении являются: низкий уровень заработной платы, отсутствие необходимой организации и условий труда: ограниченный выбор мест для работы по специальности: несовершенство систем организации финансирования [4,8]. Снижение уровня качества лечения является основанием для предъявления к МО претензий по отношению к снижению размера оплаты за оказание медицинских услуг, штрафным санкциям, что в конечном итоге отражается на заработной плате медицинских работников.

В Республике Казахстан на государственном уровне с 2000 г. на смену бюджетно-сметному финансированию организаций ПМСП пришло финансирование через подушевой норматив. Внедрение данного механизма финансирования способствовало достижению административной и финансовой самостоятельности организациями ПМСП, совершенствованию уровня менеджмента и управления ресурсами, расширению объема и качества услуг, оказываемых населению на уровне ПМСП.

Система финансирования ПМСП Казахстана за последние годы претерпела значительные изменения и на современном этапе нацелена на максимальное стимулирование и поддержку системы контроля качества медицинских услуг [9, 10]. С 2011 г. организации ПМСП получают стимулирующие выплаты к основному компоненту подушевого норматива в соответствии с достигнутыми результатами работы. Внедрение стимулирующего компонента подушевого норматива (далее – СКПН) как конечный результат деятельности организации через оценку системы индикаторов является одним из решений проблемы обеспечения качественной и безопасной медицинской помощи населению.

Данная система планирования затрат на оказание ПМСП позволит:

1) определить стимулирующую составляющую подушевого норматива для финансирования организаций ПМСП за достигнутые результаты, направляемые на материальное поощрение медицинских работников;

2) повысить квалификацию медицинских работников ПМСП;

3) совершенствовать систему внутреннего менеджмента и мотивации сотрудников, что, в свою очередь, повлияет на повышение качества оказываемых услуг и создание более эффективной организационной структуры организаций ПМСП [10].

Согласно нормативно-правовым документам РК для бюджетных организаций здравоохранения, оказывающих ПМСП, тарифом является подушевой норматив обслуживаемой территории и (или) прикрепления граждан с учетом права свободного выбора медицинской организации, направленный на стимулирование улучшения качества и увеличения объема услуг [11].

Вопросы формирования и планирования бюджета ПМСП нормативно закреплены приказом министра здравоохранения Республики Казах-

стан от 26 ноября 2009 г. № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи» [11]. Указанная система планирования затрат одной из своих задач определяет стимулирующую составляющую подушевого норматива для финансирования организаций ПМСП, направленных на материальное поощрение медицинских работников. Приказом и. о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 г. № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрений» указывается, что денежное поощрение работников организаций здравоохранения осуществляется в соответствии со ст. 236 Трудового кодекса РК за добросовестное исполнение должностных обязанностей и высокое качество выполнения работ.

В Государственной программе развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Казахстан» на 2011–2015 гг. для построения рациональной системы финансирования здравоохранения предусмотрено совершенствование дифференцированной системы оплаты труда медицинских работников, ориентированной на конечный результат. Так, приказом министра здравоохранения РК от 20 мая 2011 г. № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» введена система оплаты труда в целях поощрения за достигнутые результаты работы медицинских работников [12, 13].

В 2011 г. нормативно закрепляется механизм формирования дополнительного компонента к тарифу ПМСП в приказе и. о. министра здравоохранения от 6 января 2011 г. № 21 (приказ министра здравоохранения от 1 марта 2011 г.) [14, 16]. В указанном документе отражены методологические аспекты стимулирующего компонента подушевого нормирования: параметры системы формирования дополнительного компонента к тарифу ПМСП, система оценки индикаторов, алгоритм выплаты дополнительного компонента к тарифу ПМСП и расчет СКПН организаций ПМСП. Выделен рекомендательный характер направлять стимулирующие выплаты на премирование сотрудников организаций ПМСП в соответствии с условиями Трудового кодекса и коллективного договора.

Вышеуказанные нормативные акты определяют методологическую основу построения такой системы финансирования здравоохранения,

основными принципами которой являются взаимосвязь стимулов и возможностей организаций ПМСП, ориентированных на достигнутые (качественные) результаты работы [14, 16].

Правила оплаты труда медицинских работников в организациях здравоохранения в зависимости от объема и качества оказываемой медицинской помощи в организациях ПМСП за счет ассигнований из республиканского бюджета на дополнительный компонент к тарифу ПМСП закреплены приказом министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 г. № 310 [15]. Согласно установленным правилам выплаты поощрений медицинским работникам ПМСП за достигнутые результаты работы осуществляются в зависимости от объема и качества оказанной медицинской помощи сверх их должностного оклада (основного заработка). Законодательно приказом № 810 определен контингент специалистов практического здравоохранения (участковая служба), для которых возможно установление таких доплат (врачи общей практики, участковые терапевты и педиатры; медицинские сестры общей практики и участковой службы; заведующие и старшие медицинские сестры отделениями общей врачебной практики/участковой службы; а также врачи отделения профилактики и социально-психологической помощи Центра семейного здоровья), установленный согласно приказу № 7 [и. о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 5 января 2011 г. № 7 «Об утверждении Положения о деятельности организации здравоохранения, оказывающих амбулаторно-поликлиническую помощь»].

Позже приказом Министерства здравоохранения Республики Казахстан № 693 от 10 октября 2011 г. «О внесении изменений и дополнений в приказ и. о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 г. № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрений» в перечень контингента введен социальный работник организаций ПМСП, поощрение которого осуществляется из средств республиканского бюджета, выделенных в виде целевых текущих трансфертов на дополнительный компонент к тарифу ПМСП и направляемых на стимулирование медицинских работников организаций ПМСП в соответствии с приказом № 310 [17].

Нормативно закреплены и случаи, при которых распределение стимулирующих средств не

проводится: наличие дисциплинарного взыскания, трудовой отпуск, временная нетрудоспособность, отпуск по уходу за ребенком, учебный отпуск, отпуск без сохранения заработной платы, предусмотренных трудовым законодательством и увольнение работника по собственному желанию до истечения календарного месяца [16]. В то же время данный аспект не является совсем рациональным по причине того, что результативность по достижению квартальных показателей индикаторов может быть осуществлена до момента возникновения вышеуказанных факторов. Данное обстоятельство диктует необходимость совершенствования критериев распределения стимулирующих средств и их нормативного закрепления.

Для мониторинга эффективности работы специалистов ПМСП с целью стимулирования определены индикаторы оценки их деятельности, которые являются показателями, характеризующими результаты деятельности организаций ПМСП. Первоначально приказом № 21 был закреплен перечень индикаторов оценки достигнутых результатов работы организаций ПМСП, состоящий из 9 основных и 10 подгруппных индикативных показателей [14]. Приказом министра здравоохранения РК от 16 сентября 2011 г. № 622 [18] внесены изменения в состав индикаторов.

Для социальных работников организаций ПМСП приказом № 689 введен индикатор «Уровень госпитализации лиц старше 70 лет с обострениями хронических заболеваний, не требующих госпитализации в круглосуточный стационар, из числа прикрепленного населения» [17].

Механизм определения размера СКПН регионально и по медицинским организациям отражен в приказе № 622, где описан алгоритм определения интегрального показателя значений индикаторов каждой организации ПМСП в баллах, расчет суммы СКПН и предложены максимально возможные баллы в разрезе участковых служб по каждому индикатору [18]. Процесс определения суммы дополнительного компонента к тарифу ПМСП для каждой организации ПМСП и по структурным подразделениям внутри ПМСП определяется согласно приказу № 810.

Приказом № 810 разграничены функции и полномочия участников данного процесса. Так, Министерству здравоохранения определено общее управление при формировании системы до-

полнительного компонента к тарифу ПМСП и нормативно-правовое регулирование данной системы, а администраторам бюджетных программ – внедрение системы СКПН, управление и координацию деятельностью участников системы на уровне регионов. Так, приказом и. о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 г. № 14 создана постоянно действующая рабочая группа по внедрению дополнительного компонента к тарифу ПМСП.

В свою очередь, организации ПМСП осуществляют основную деятельность в рамках оказания ГОБМП, эффективное управление и использование средств по гарантированным и стимулирующим выплатам и предоставление необходимой отчетности.

Нормативно закреплённые вопросы стимулирующей оплаты деятельности медицинских работников ПМСП позволяют реализовать стимулирующий компонент подушевого нормирования, сохраняя идеологию системы. Выстроенная методология с установленным перечнем оценочных индикаторов, разграничением функ-

ций и полномочий между участниками процесса способствует успешному внедрению новой формы финансирования в систему здравоохранения, содействуя повышению качества оказываемой медицинской помощи. Проблема мотивации медицинского персонала к повышению качества оказываемой медицинской помощи может быть решена внедрением дифференциации оплаты труда, ликвидацией уравниловки, распределением переменной части заработной платы с учетом трудового вклада каждого сотрудника в общие результаты работы, аттестацией сотрудников на соответствие занимаемой должности при определении размера должностного оклада, при выдвижении на присвоение квалификационной категории и т. д.

Таким образом, предпринимаемые меры по реформированию сектора ПМСП в РК позволяют создать конкурентную среду, повышают престиж медицинских работников и соответственно влияют на удовлетворенность пациентов качеством предоставляемых медицинских услуг.

ЛИТЕРАТУРА

- 1 Аканов А. А., Куракбаев К. К., Чен А. Н., Ахметов У. И. Организация здравоохранения Казахстана: учебник. – Астана; Алматы, 2006. – 231 с.
- 2 Аманжолова З. Д., Абеуова Ж. С., Лаврентьева И. К., Тайлакова Н. А. Состояние и перспективы совершенствования ПМСП // Денсаулык сактаудыдамыту журналы. – Алматы, 2007. – № 2 (43) – С. 25-30.
- 3 Мухамеджанова Г. Б., Мусирепова С. К. Стратегии в управлении здравоохранения ПМСП // Менеджер здравоохранения Республики Казахстан. – 2014. – № 4 (14). – С. 19-23.
- 4 Государственная программа развития здравоохранения Республики Казахстан «Саламатты Қазақстан» на 2011-2015 гг., утвержденная Указом Президента РК от 29 ноября 2010 г. № 1113.
- 5 Жүзжанов О. Т. Основные направления развития и реформирования национальной системы охраны и укрепления здоровья народа и развития здравоохранения: матер. III съезда врачей и провизоров Республики Казахстан, г. Астана, 18-19 окт. 2007 г. – Астана, 2007. – Т. 1, Ч. 1. – С. 63-66.
- 6 Чен А. Н., Жаппаров З. Ж., Ботайбеков А. О мониторинге экономической эффективности организации ПМСП населению // Инновационная деятельность ЦКБ медицинского УДП РК. – Алматы, 2007. – С. 136-140.
- 7 Послание Президента Республики Казахстан – лидера нации Н. А. Назарбаева народу Казахстана Стратегия «Казахстан – 2050» от 14 дек. 2012 г.
- 8 Кульжанов М. К., Куракбаев К. К., Чен А. Н. и др. Методические подходы к внедрению частичного фондодержания в организациях ПМСП // Центрально-Азиатский науч.-практ. журнал по общественному здравоохранению. – Алматы. – 2006. – № 2, 3. – С. 57-59.
- 9 Ермекбаев К. К., Хе Н. С., Киль Н. В., Спатаев Е. М. Методические рекомендации по определению стимулирующего компонента подушевого норматива для организаций ПМСП // Методические рекомендации. – Алматы, 2011. – С. 35-38.
- 10 Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 г. № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках ГОБМП».

11 Приказ министра здравоохранения РК от 20 мая 2011 г. № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников».

12 Приказ министра финансов Республики Казахстан от 1 апреля 2010 г. № 141 «Некоторые вопросы Единой бюджетной классификации Республики Казахстан».

13 Приказ и. о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 г. № 21 «О внесении изменений в приказ Министра здравоохранения Республики Казахстан от 26 ноября 2009 года № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

14 Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 1 марта 2011 г. № 105 «О внесении изменения в приказ министра здравоохранения Республики Казахстана от 26 ноября 2009 г. № 801.

15 Приказ министра здравоохранения РК от 20 мая 2011 г. № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников».

16 Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан «О внесении изменений и дополнений в приказ и. о. министра здравоохранения Республики Казахстан от 10 ноября 2009 г. № 689 «О некоторых вопросах отраслевой системы поощрений».

17 Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 16 сентября 2011 г. № 622 «О внесении изменений и дополнений в приказы министра здравоохранения Республики Казахстан от 20 мая 2011 г. № 310 «Об утверждении Правил оплаты труда медицинских работников» и от 26 ноября 2009 г. № 801 «Об утверждении Методики формирования тарифов и планирования затрат на медицинские услуги, оказываемые в рамках гарантированного объема бесплатной медицинской помощи».

18 Приказ министра здравоохранения Республики Казахстан от 6 января 2011 г. № 14 «О введении дополнительного компонента к тарифу ПМСП».

ТҮЙІН

Мақалада АМСК мамандарының еңбекке қызығушылықтарын дамыту сұрақтары бойынша нормативтік – құқықтық актілерге контент – талдау ұсынылған. Алғашқы буындағы мамандарды ынталандыру арқылы амбулаторлық – емханалық көмекті жетілдіру ұсынылып отырған медициналық көмек сапасына пациенттердің қанағаттанушылығын және медициналық қызметкерлердің мәртебесін жоғарлатуға мүмкіндік береді.

Түйінді: алғашқы медициналық – санитарлық көмек, нормативтік – құқықтық база, еңбекке ынталандыру.

SUMMARY

The article deals with content analysis of regulatory legal acts on development of work motivation of primary care workers. Improvement of outpatient and polyclinic care and encouragement of primary level workers will enhance the prestige of medical workers, and satisfaction of patients with quality of medical services provided.

Key words: primary care, regulatory framework, work motivation.